Ref FST: 0-128F

2e SEMINAIRE B.A.Bar – 11/12.06.2001

Etude pilote pour évaluation de l'utilisation de la téléthèse B.A.Bar auprès d'adultes aphasiques[i]

J. BUTTET SOVILLA & S. WEBER[ii]

Dans l'optique du mandat que la FST a confié à la Division autonome de neuropsychologie du CHUV pour l'évaluation de la téléthèse B.A.Bar dans la rééducation des troubles acquis du langage chez l'adulte, les points suivants seront traités:

Tout d'abord, nous ferons un bref survol des moyens qui sont à disposition pour des patients plus ou moins privés de langage ou qui s'expriment de manière incompréhensible, puis nous envisagerons les cas particuliers des aphasies globales. Pour cette pathologie particulièrement grave, il faut souvent avoir recours à des formes alternatives de communication et c'est dans cette perspective qu'un appareil comme le BABar devrait trouver une de ses applications. Mais lorsqu'un nouvel outil est à disposition pour la thérapie, il s'agit d'en évaluer son utilité et son efficacité : nous décrirons donc notre démarche puis nous présenterons la population et les résultats de cette étude pilote.

1. Quels sont les moyens à disposition pour des patients privés d'expression orale ou qui s'expriment de manière incompréhensible?

   Les thérapeutes peuvent mettre en œuvre un certain nombre de méthodes pour essayer d'aider un patient à produire un énoncé ou du moins pour lui permettre de faire passer un message de manière à ce qu'il soit correctement interprété par son interlocuteur. Toutefois, ces stratégies ne parviennent pas toujours à atteindre ces objectifs et les patients qui n'ont pas d'expression orale ou qui s'expriment de manière incompréhensible, « inutilisable » selon l'expression de Byng, Swinburn & Pound (1999, p.9). Ces auteurs proposent que le clinicien essaie de répondre à des questions telles que, par exemple :

   a. quelle est la meilleure forme de communication pour une personne aphasique en particulier ? Faut-il envisager une forme alternative de communication ? Si oui :
   b. comment des stratégies alternatives vont-elles pouvoir être introduites ?
   c. comment un clinicien peut-il faciliter le choix de ces stratégies pour la personne aphasique ?
   d. comment le clinicien peut-il soulager l'aphasique, sa famille et ses amis en les aidant à réaliser que la parole n'est plus une option viable ?
   e. est-ce que les résultats de l'intervention seront satisfaisants et /ou efficaces pour l'aphasique, ses partenaires en communication et le thérapeute ?

   On voit d'emblée qu'il y a là un certain nombre de points qui relèvent plus d'une « technique » alors que d'autres sont plus d'ordre psychologique. Pour pouvoir y répondre, cela nécessite, dans tous les cas, une analyse neuropsychologique préalable détaillée, afin, d'une part, de

mettre en évidence non seulement les incapacités, mais aussi les capacités résiduelles du patient (notamment ses capacités d'apprentissage), et d'autre part, d'avoir une bonne connaissance de la situation sociale, familiale et psychologique du patient et de son entourage.

Parmi les cas qui s'expriment de manière incompréhensible, nous ne traiterons pas ici de ceux qui parlent abondamment et qui présentent de nombreuses paraphasies phonémiques ou un jargon, mais essentiellement de ceux qui ont une suppression totale ou quasi totale de l'expression orale et en particulier des aphasies globales qui sont parmi les plus fréquentes et qui mettent le plus souvent les thérapeutes au défi de trouver des moyens de les aider à communiquer de manière fonctionnelle.

2. Les cas particuliers des aphasies globales.

Parmi les personnes aphasiques privées d'un langage intelligible, les aphasiques globaux représentent donc non seulement les cas les plus sévères sur le plan de l'expression orale, mais ils ont en général des difficultés aussi marquées dans le domaine de la compréhension auditive et du langage écrit (lecture et écriture). Ces syndromes étant souvent la conséquence de lésions cérébrales (corticales et sous-corticales) étendues, d'autres perturbations cognitives y sont associées, ce qui va rendre le tableau complexe et limiter d'autant les capacités d'intervention.

Toutefois, ce sont ces patients-là qui sont les candidats potentiels pour une forme alternative de communication, puisqu'ils sont privés des moyens habituels d'expression orale et écrite. C'est pour eux donc tout particulièrement que l'on doit se poser la question de la pertinence d'instaurer une forme alternative de communication ou une communication verbale alternative.

3. Les formes de communication alternative .

Parmi les différents types de stratégies offertes en thérapie, on classe généralement dans les stratégies dites palliatives tous les moyens qui permettent une « autre » communication, et qui visent à adapter l'environnement au patient plutôt que l'inverse.
Les formes de communication alternative ou encore « augmentée » proposent en général une communication dite « totale », c'est-à-dire qui vise une communication réussie, fonctionnelle, par « n'importe quel » moyen, que ce soit par des langages artificiels, pictographiques, gestuels, etc. ; parmi ceux-ci, il en existe peu qui cherche à suppléer directement à l'absence d'expression orale. Quelques essais avec des moyens techniques, comme le Language Master ou encore Hector, se sont révélés peu concluants pour des raisons très différentes. Dans le premier cas, les patients avaient la possibilité d'écouter un mot ou une phrase préenregistrés sur des cartes de longueur variable, puis de répéter en s'enregistrant ou non. La manipulation était malaisée et le système ne permettait pas une véritable communication. Dans le cas d'Hector, outre les problèmes de programmation, qui dépassaient les capacités de nombreux patients, et le délai entre la programmation et la production qui rendait la communication peu efficace, ce qui gênait beaucoup les patients et leur entourage, c'était l'aspect non naturel de la voix synthétique. (Croisier & Assal, 1988).

L'arrivée d'une téléthèse comme B.A.Bar apporte des avantages incontestables en maniabilité, en présence d'une voix naturelle – qui peut être celle du thérapeute, mais aussi celle du patient ou de quelqu'un de son entourage - et du point de vue de la communication fonctionnelle. Toutefois, il s'agit d'en définir les champs et les conditions d'application possibles et c'est en partie le mandat qui nous a été confié au CHUV et à Mme M. Tschirren à l'Inselspital à Berne.

4. Evaluation d'un nouvel outil.

L'évaluation de tout nouvel outil nécessite un certain nombre de précautions, mais qui sont bien entendu tributaires des cas cliniques qui sont à disposition durant le temps de l'étude, c'est pourquoi ces premiers résultats ne peuvent être qu'indicatifs et n'ont pas la prétention d'être exhaustifs.

Tout d'abord, on peut envisager schématiquement 2 situations pour l'évaluation de l'utilité de ce type de support:

a) On décide d'essayer un peu avec toutes pathologies pour voir l'étendue des applications possibles.
b) On restreint l'étude à une population spécifique, qui semble particulièrement destinée à ce genre d'application et chez qui on pourra étudier l'efficacité d'une telle méthode.

Notre attitude a été d'adopter « des deux un peu ». En effet, nous avons décidé de ne pas nous restreindre à un seul type de patients, mais de voir un éventail d'applications aussi large que possible en fonction des cas que nous avions à disposition. Ceci implique donc forcément des résultats qui seront difficilement comparables d'un sujet à l'autre non seulement parce les troubles sont différents, mais aussi parce que les patients sont à des stades de récupération variables.

Mais nous étions surtout péoccupées par une population particulière, celle des aphasiques globaux, directement concernés par la téléthèse, et dans ce cas-là nous avons choisi de prendre des cas sévères qui n'avaient que peu, voire pas bénéficié d'une approche plus traditionnelle et qui étaient donc par définition à un stade chronique de leurs troubles, afin de voir si nous pouvions obtenir un résultat grâce à B.A.Bar.

Dans l'évaluation, on obtiendra donc également des résultats de 2 types :

a) des « outcomes », ou résultats ponctuels, ou encore des effets liés à une intervention donnée : ce sera le cas par exemple, pour une série de mots dont certains seront travaillés avec B.A.Bar et d'autres non. Si l'entraînement ne se marque que pour les mots travaillés, on parle d'effet item-spécifique ; par contre, si l'on note des progrès aussi pour les items qui n'ont pas été travaillés on observe un effet non spécifique qui serait le résultat d'une généralisation éventuelle d'un processus entraîné pendant la phase de traitement. Afin de s'assurer qu'il ne s'agit pas simplement d'un effet de récupération spontanée ou de stimulation générale, aspécifique, mais bien d'un effet lié à la méthode elle-même, on doit contrôler d'autres paramètres.
b) Un des moyens les plus simples, c'est de travailler avec des patients au stade chronique, pour lesquels on est sûr qu'il existe une certaine stabilité des résultats. Pour cela, on va donc vérifier que, parallèlement aux progrès obtenus pour la tâche réalisée avec le B.A.Bar, les résultats à d'autres tâches restent inchangées. La plupart des traitements proposés à des aphasiques globaux qui souffrent de troubles sévères ont souvent des effets malheureusement très limités. Dès lors que l'on peut montrer un changement, même très modeste, avec une nouvelle technique, on peut en déduire que l'on a mesuré l'efficacité de celle-ci par rapport à d'autres méthodes. Reste ensuite à essayer de comprendre ce qui a permis cette modification.

   Différents facteurs peuvent certainement intervenir et il n'est souvent pas possible de faire la part de ce qui revient à chacun. Toutefois, parmi les hypothèses pour expliquer certains des changements qui sont observés, on peut en avancer un certain nombre, à savoir:

   1. Regain d'intérêt pour le patient et son entourage : en effet, les patients sont toujours très heureux que l'on s'intéresse à eux, et le fait de leur proposer quelque chose de nouveau, même si on essaye de ne pas leur donner de faux espoirs, leur donne une certain motivation. Par ailleurs, l'entourage se sent souvent un peu abandonné face à l'immensité de sa tâche et un soutien est en général le bienvenu. D'ailleurs ce genre d'approche ne peut se faire que si l'entourage s'engage à participer à l'entreprise thérapeutique.
   2. Intensité des exercices (aspect de drill) : il a été montré à plusieurs reprises que pour qu'un traitement soit efficace, il faut qu'il soit proposé de manière fréquente et qu'il s'étende sur une période suffisamment longue. L'emploi d'un appareil permet de répondre en partie à ce critère.
   3.Gain d'autonomie et meilleure motivation de la part du patient : le patient qui peut prendre en charge sa propre thérapie, même partiellement, se sent valorisé car il ne dépend plus

FONDATION SUISSE POUR LES TETETHESES
STIFTUNG FÜR ELEKTRONSICHE HILFSMITTEL
FONDAZIONE SVIZZERA PER LE TELETESI
SWISS FOUNDATION FOR REHABILITATION TECHNOLOGY

Charmettes 10b-CP
CH-2006 Neuchâtel 6
Switzerland
Tél : 032 732 97 77 (français)
Tél : 032 732 97 97 (deutsch)
Fax : 032 730 58 63

www.fst.ch
info@fst.ch

totalement des autres et cela lui donne aussi un intérêt pour ce qu'il est en train de réaliser. La motivation est un moteur puissant pour faire des progrès.
4. Souvent la thérapie traditionnelle cherche à améliorer les « incapacités » (selon le modèle de la CIDIH, Lacroix, Joanette et Blois, 1994) tandis qu'une approche qui cherche à améliorer l'efficacité de la communication en tenant compte du contexte psycho-social et des facteurs environnementaux travaille davantage sur le « handicap ». Avec ce genre de technologie, on se situerait donc dans une optique qui a une valeur écologique et qui tient mieux compte des besoins du patient et de son entourage qu'avec d'autres moyens thérapeutiques plus classiques et traditionnels.

5. Préambule à la présentation de l'étude pilote.

Parmi les cas qui vont être présentés, certains ont fait l'objet d'une étude approfondie et détaillée sur une longue période, d'autres ont fait seulement un petit bout de chemin avec B.A.Bar, mais tous apportent leur contribution significative à notre compréhension de ce nouveau moyen qui n'a pas encore fait toutes ses preuves puisqu'il reste encore à déterminer dans quelle mesure il est possible de prolonger la thérapie en confiant cet outil à long terme aux patients qui le souhaitent.[1]

6. Présentation de quelques données de l'étude pilote.

Au terme de cette année-test, 350 séances individuelles avec B.A.Bar ont été dispensées à 10 patients âgés de 38 à 86 ans (moyenne d'âge : 56 ans) souffrant à 7 reprises d'une aphasie globale ; les 3 autres cas se répartissent en une aphasie de Broca, une de Wernicke et une aphasie de type transcortical moteur (avec important adynamisme).
Les stades d'évolution peuvent être regroupés en 2 sous-classes :

a. phase de récupération spontanée (de 3-6 mois après le début des troubles)
b. phase chronique (après 6 mois).

Les patients du premier sous-groupe étaient suivis en traitement individuel plusieurs fois par semaine. Les patients en phase chronique étaient pour certains encore suivis en traitement ambulatoire individuel ou en groupe. D'autres, qui n'avaient plus de traitement logopédique, ont été recontactés avec pour objectif d'essayer la téléthèse.
Pour chaque patient, en tenant compte de leurs besoins, un programme spécifique a été établi, en tenant compte d'un certain nombre de lignes directrices.

Sur la base des questions posées préalablement au point 1 et des observations ayant surgi tout au long de l'étude pilote, quelques remarques peuvent être esquissées.

Tout d'abord on peut se demander s'il existe un patient-type susceptible de bénéficier particulièrement de l'utilisation de B.A.Bar. Par rapport à notre expérience, il n'a pas été clairement mis en évidence que l'on pouvait, sur la base d'un diagnostic précis, prédire ou non une réussite. Sur les dix patients présentant des pathologies diverses avec qui nous avons travaillé, nous n'avons pas trouvé de corrélation directe entre la gravité des troubles et les progrès réalisés durant la période d'évaluation de B.A.Bar. Par contre, certaines tendances ont pu être mises en évidence, à savoir:

- Plus le patient était en phase chronique de sa maladie, plus il avait de stratégies pour suppléer à son déficit et donc plus la clause du besoin devenait difficile à établir. Un proche nous a même dit que la patiente était tellement habituée à vivre avec ses difficultés et avait de telles ressources non verbales que l'appareil n'était pas nécessaire. Nous pensons donc qu'une prise en charge avec B.A.Bar en phase aiguë ou au stade de récupération spontanée, soit dès que possible après la lésion cérébrale, est souhaitable dans la plupart des cas.

[1] 6 mois plus tard, 4 patients ont encore leur appareil à domicile et s'en servent régulièrement

Charmettes 10b-CP
CH-2006 Neuchâtel 6
Switzerland
Tél : 032 732 97 77 (français)
Tél : 032 732 97 97 (deutsch)
Fax : 032 730 58 63
www.fst.ch
info@fst.ch

- Les troubles associés, tels que les difficultés praxiques, constituent un obstacle à la manipulation de B.A.Bar. Pour tous nos patients, il a fallu un temps d'adaptation et d'apprentissage plus ou moins long.

- Par ailleurs, la possibilité de faire le lien entre la lecture d'un code et la représentation de celui-ci n'a malheureusement pas pu être établie de manière sûre avec quelques patients présentant des troubles très sévères, ce qui nous a obligés à interrompre prématurément l'expérience dans ces cas-là.

- L'entourage est un élément déterminant pour le bon déroulement de la thérapie, et cette loi ne fait pas exception pour B.A.Bar. En effet, là où nous avons obtenu les meilleurs résultats, c'est lorsque le patient était soutenu par sa famille. Ceci nécessite bien sûr un investissement conséquent qui n'a pas pu être obtenu dans tous les cas.

Les différents objectifs fixés au début du projet vont maintenant être passés en revue afin de vérifier s'ils ont pu être atteints.

7. Quels ont été les objectifs de base atteints ?

Un premier objectif de base était de tenter de mettre en évidence si une forme de communication comme celle proposée par B.A.Bar offrait des avantages par rapport à d'autres moyens de communication dite alternative et notamment si, dans les cas d'aphasies au stade chronique, on pouvait encore apporter une amélioration de la communication grâce à ce moyen.

Dans les cas d'aphasies sévères, le but était donc de donner des moyens supplémentaires à la personne aphasique pour accéder à une certaine communication. À ce niveau, nous pouvons dire que B.A.Bar a ouvert de nouvelles possibilités. Dans la population de notre étude pilote, nous avons vu plusieurs patients souffrant d'une aphasie globale, c'est-à-dire s'exprimant peu, voire pas du tout, avec une compréhension également déficitaire à des degrés divers, prendre plus de place au sein d'un groupe d'aphasiques. Pour certains d'entre eux, l'entourage a également rapporté que leur comportement social était plus ouvert. Ici, nous pouvons dire que même si B.A.Bar n'a pas radicalement modifié la situation langagière, il a eu néanmoins un impact important sur la communication au sens large.

Un autre de nos objectifs était de permettre aux patients de prendre de la distance par rapport au thérapeute et donc de devenir plus autonome dans le travail personnel à fournir en dehors des séances. Au plan comportemental et relationnel, l'appareil a un avantage sur le thérapeute : il ne se lasse pas de répéter et permet à l'individu de gérer son propre rythme d'avancement.

Sur ce point, nous avons été confrontés à différents cas de figure, allant de la dépendance totale envers le thérapeute à l'autonomie complète. Là encore, il est important de préciser que le contexte familial et social est également déterminant. Pour l'évaluation, nous avons eu recourt à différentes questions, répétées à différents moments de la prise en charge. Nous avons obtenu des résultats subjectifs, mais dans l'ensemble encourageants, car dans la majorité des cas, l'entourage a confirmé que les patients participaient plus, même si le changement n'était pas très marqué ou quantitativement objectivable.

Avec deux patientes, nous avons travaillé le langage écrit, une fois sur le versant de la lecture à haute voix et l'autre fois sur le versant de l'expression écrite. Dans ce dernier cas le taux d'erreurs avant la thérapie s'élevait à 87% d'erreurs, taux qui a été réduit à 11 % après la thérapie. Cette amélioration ne s'est cependant réalisée que sur les items travaillés (effet item spécifique) et nous n'avons pas contaté de généralisation sur les items non travaillés. Dans les deux cas, nous avons donc obtenu des résultats positifs, mais il est possible que cet effet ne soit par contre pas spécifique à l'outil employé et que nous aurions fort bien pu observer le

même genre de phénomène avec, par exemple, une thérapie assistée par ordinateur. Toutefois, l'intérêt ici réside dans le fait que la mise en place des moyens était très simple et rapide (contrairement à l'usage d'un programme d'ordinateur, qui, en plus, ne se met pas (encore ?) dans une poche !).

Un phénomène également intéressant à relever est que dans un autre cas, où la rééducation était axée principalement sur l'expression orale, une amélioration du langage écrit a été constatée en parallèle. Ceci évoque la possibilité d'une réorganisation fonctionnelle inter-systémique ou du moins des capacités de transférer des acquis d'une modalité dans une autre.

Pour certains patients, nous avons cherché à voir si l'appareil facilitait le lien entre un mot et sa représentation imagée. Chez un patient qui n'avait pas cette possibilité avant la thérapie, cette mise en relation a été acquise avec une marge très faible sur un ensemble de 36 items.

Les quelques progrès objectifs que nous avons pu apprécier sont à relativiser en fonction de la durée relativement courte d'utilisation de l'appareil. En effet, nous le savons bien, avec des aphasiques en phase chronique surtout, l'évolution se fait de manière lente et sur de longues périodes, ce qui laisse espérer des retombées positives encore à plus long terme (voir le rapport de C. Gay-Fraret dans ce même numéro).

Quant aux résultats plus subjectifs, ils ont surtout été rapportés par l'entourage des patients, grâce à un questionnaire portant sur les différents domaines de la vie sociale et une appréciation des compétences communicatives de l'aphasique. Cette grille a été remplie à deux reprises : au début du projet et quelques mois plus tard, ou à la fin de l'essai. Un apport positif a été généralement relevé dans le sens d'une meilleure appétence à la communication et une plus grande présence dans la conversation avec autrui.

Finalement, nous avons aussi été confrontés à deux échecs. Dans le premier cas, l'essai a été interrompu car la patiente ne parvenait pas à apprendre la manipulation de l'appareil ; l'autre, après 10 séances, a également abouti à une interruption, parce que le patient, bien que motivé au départ, ne supportait pas cet intermédiaire, qualifiant sa voix de « niaise », et il n'a pas trouvé non plus le soutien nécessaire auprès de son entourage.

8. Conclusion.

Suite à notre expérience, nous pouvons dire que les applications de B.A.Bar sont multiples et que nous n'avons certainement pas exploré toutes les possibilités de cet instrument; cependant, dans la pratique, nous recommandons d'utiliser B.A.Bar avec des patients surtout pendant la phase d'hospitalisation, et, si cela s'avère utile, une application sera prolongée après le retour à domicile en fonction des besoins. Toutefois, selon les circonstances, et si une évaluation préalable adéquate a été réalisée avec l'aphasique et son entourage, on peut envisager de proposer un essai dans la phase chronique, pour autant que des objectifs soient clairement explicités.

Nous aimerions encore rappeler aux futurs utilisateurs différents points :

- B.A.Bar n'est pas une méthode en soi, mais un outil ou un moyen supplémentaire à intégrer dans la thérapie. En effet, il n'y a pas un mode d'emploi unique et c'est au thérapeute, en compagnie du patient et de son entourage, de déterminer quelle en sera l'application en fonction des buts fixés. Dans notre pratique, à plusieurs reprises, nous avons été confrontés à une certaine lassitude chez les patients qui, ne voyant pas d'effets bénéfiques immédiats sur un court laps de temps, désinvestissaient le travail avec l'appareil.

- B.A.Bar s'adapte à différentes situations de communication et son emploi évolue avec les besoins de son utilisateur. Dans cette phase pilote, un investissement important de la part du thérapeute a été nécessaire, car il fallait constamment créer et/ou adapter du matériel déjà

existant mais non prévu à cet usage. Cet inconvénient ne sera que partiellement levé avec la création d'une « banque de données »[2], car le choix du matériel et sa mise en application ne se font pas d'un coup de baguette magique.

- Enfin, B.A.Bar a un temps d'enregistrement limité et implique que les items soient choisis de manière optimale. Les versions successives qui ont été utilisées pour l'étude pilote souffraient toutes de « maladies de jeunesse » qui ont parfois nui à la continuité et au bon déroulement des séances. Relevons que la version commercialisée jouit d'un temps d'enregistrement déjà nettement augmenté.

Un exemple concret en annexe présente le témoignage du frère d'une de nos patientes qui a utilisé B.A.Bar durant une année et qui a poursuivi l'expérience après la fin de l'étude pilote.

BIBLIOGRAPHIE

BYNG, S., SWINBURN, K. & POUND C. (1999). Introduction to part 1 : When there's no spoken outpout. The aphasia therapy file. Hove : Psychology Press, Publ., 9-11

CROISIER, M. & ASSAL, G. (1989). Hector à un aphasique : « A vous la parole » ! Aphasie et domaines associés, 1, 2, 25-35

LACROIX, J., JOANETTE, Y. & BLOIS M. (1994). Un nouveau regard sur la notion de validité écologique : apport du cadre conceptuel de la CIDIH. Revue de Neuropsychologie, 4, 2, 115-141

Annexe
Rapport du 20 mars 2001

HISTORIQUE : Ma sœur a eu son A.V.C. le 25 août 1998. Après un séjour de 6 mois à l'hôpital, dont 5 mois à Nestlé, l'état de ma sœur était encore très délicat. Ainsi sur le plan langage, il lui était quasi impossible de dire 2 ou 3 mots d'une manière spontanée. Au cours de son hospitalisation, je regrette de ne pas avoir plus suivi ses cours de rééducation, ce qui m'aurait permis d'être plus efficace pour l'assister à sa sortie d'hôpital.

Sur le plan de son activité en logopédie, on avait constaté que ma sœur était très réceptive à l'utilisation d'un appareil ressemblant (en moins performant) à B.A.Bar.

INTRODUCTION DE B.A.Bar : Je me souviens que ma sœur était très impatiente de l'utiliser, ce qui a créé certaines difficultés liées à son impatience et sa nervosité. Il a fallu quelques heures de travail, pour qu'elle trouve une certaine aisance et synchronisme pour utiliser B.A.Bar de façon positive et ludique.

MON AVIS SUR B.A.Bar. : Depuis la sortie d'hôpital de ma sœur, tous les jours de la semaine, je l'accompagne à ses cours de rééducation, et je l'aide pour ses exercices à la maison. J'ai toujours été très attentif à l'évolution de son état et de ses progrès.

Sur le plan du travail avec B.A.Bar, il est certain qu'elle a fait des progrès, grâce à ce dernier. Plus particulièrement sur les points suivants :

1.- Meilleure prononciation des mots.

[2] Un cahier avec des exemples d'exercices peut être consulté par l'intermédiaire de la FST.

2.- Utilisation fréquente de petits mots de liaison.
3.- Possibilité de dire des phrases complètes, comme : « Bonjour, comment ça va ? ».

Par contre, je ne pense pas que B.A.Bar soit un moyen pour communiquer entre son utilisateur et son entourage.

AUTRES FACTEURS POSITIFS DE B.A.Bar :

- ✓ Diminution d'une forme de dyslexie.
- ✓ Meilleure liaison des mots dans une phrase.
- ✓ Amélioration de certaines phrases usuelles.
- ✓ Enrichissement de son vocabulaire courant et spontané.
- ✓ Le nombre de thèmes utilisables, grâce à la facilité d'enregistrer de nouveaux mots ou phrases, tout au long des semaines d'utilisation de B.A.Bar.
- ✓ La facilité de travailler des thèmes d'actualité.
- ✓ La facilité de mettre des codes-barres sur des objets, pour permettre à ma sœur de les répéter à l'envi.
- ✓ La possibilité d'enregistrer les mots ou phrases par l'utilisateur créent une stimulation très importante et bénéfique. (LA PLUS FORTE STIMULATION A MON AVIS).

REMARQUES :

- ➢ L'utilisation de B.A.Bar dans la thérapie de ma sœur est intervenue après plusieurs mois dans son travail de rééducation. Il y avait donc déjà de nombreuses habitudes prises par elle pour s'exprimer auprès de son entourage.
- ➢ L'utilisation de B.A.Bar par ma sœur pour communiquer avec les autres n'est pas vraiment possible.
- ➢ Pour arriver à un travail positif avec B.A.Bar, cela nécessite un accompagnement quasi constant d'une personne de l'entourage direct de l'utilisateur.
- ➢ L'utilisation et le travail avec B.A.Bar peuvent être très frustrants, s'il n'y a pas un soutien d'une tierce personne, en particulier au cours des premières semaines de son utilisation. Et ce, malgré de nombreuses heures de travail avec la logopédiste.
- ➢ L'utilisation aisée de B.A.Bar par ma sœur ne s'est acquise qu'après de nombreuses heures, en particulier pour arriver à bien synchroniser les différentes phases de travail : Ecoute du message- répéter le message- enregistrer le message.
- ➢ Créer un mode de travail agréable et ludique est important, afin de terminer chaque exercice sur une note positive. En cas contraire, il peut y avoir un blocage quant à l'utilisation de B.A.Bar.

CONCLUSIONS :

Pour ma sœur, dans sa longue quête à retrouver une part de ses moyens, l'apport de B.A.Bar a été très bénéfique et stimulant.

La part réelle des derniers progrès de ma sœur, pouvant être attribués à cet appareil n'est pas quantifiable, mais je suis persuadé que B.A.Bar apporte une stimulation très dynamique, forte, et qu'il restera pour longtemps un soutien indispensable à ma sœur.

---

[i] Ce texte est une version révisée des présentations faites lors d'un séminaire consacré à l'utilisation de B.A.Bar organisé par la FST à Neuchâtel le 11 juin 2001

[ii] Adresse des auteurs : Division autonome de neuropsychologie, Hôpital Nestlé, CHUV
1011 - Lausanne